

## Особливості клінічного перебігу, діагностики та хірургічного лікування хворих з неепітеліальними пухлинами шлунково-кишкового тракту

О. Б. Кутовий, А. В. Снісар, П. О. Гриценко, Н. С. Біла

Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І. І. Мечникова,  
Дніпропетровська медична академія МОЗ України,  
Центр томографії, м. Дніпро

## Features of clinical course and surgical treatment of patients with nonepithelial tumors of the gastrointestinal tract

O. B. Kutovyi, A. V. Snisar, P. O. Hrytsenko, N. S. Bila

Dnipropetrovsk regional clinical hospital named after I. I. Mechnikov,  
Dnepropetrovsk Medical Academy,  
Tomography Center, Dnipro

### Реферат

Проведено аналіз результатів лікування 31 хворого з неепітеліальними пухлинами шлунково-кишкового тракту. Встановлено відсутність специфічних клінічних ознак перебігу цієї рідкої категорії пухлин та можливості їх діагностики. Наведені тактичні підходи до вибору виду та об'єму оперативних втручання у цих пацієнтів і безпосередні результати їх хірургічного лікування.

**Ключові слова:** неепітеліальні пухлини шлунково-кишкового тракту, клініка, діагностика, хірургічне лікування.

### Abstract

The analysis of the results of treatment of 31 patients with nonepithelial tumors of the gastrointestinal tract was performed. The absence of specific clinical signs of the course of this rare category of tumors and the possibility of their diagnosis is established. The tactical approaches to choosing the type and volume of surgical intervention in these patients and the immediate results of their surgical treatment are given.

**Key words:** nonepithelial tumors of the gastrointestinal tract, clinic, diagnostics, surgical treatment.

Неепітеліальні пухлини (НЕП) шлунково-кишкового тракту (ШКТ) – гетерогенні новоутворення, що рідко зустрічаються та складають від 2% до 5% всіх новоутворень шлунково-кишкового тракту. До цієї групи новоутворень відносять різні за морфологічним складом доброякісні та злоякісні пухлини м'язового, невrogenного та судинного походження [1].

Особливу групу у структурному різноманітті НЕП складають гастроінтестинальні стромальні пухлини (GIST), які є найбільш розповсюдженими мезенхімальними пухлинами ШКТ [2,3,4]. Органами типової локалізації GIST є шлунок (в 60–70% випадків), тонка кишка (25–35%), ободова та пряма кишка (5%), у рідких випадках може локалізуватися у стравоході, брижі тонкої або товстої кишки, малому чепці, позаочеревинному просторі [5,6]. Крім цього, до НЕП входять лейоміоми (до 75% доброякісних пухлин стравоходу), лейоміосаркоми, шваноми, липоми, гемангіоми, нейрофіброми та інші.

Актуальним питанням залишається проблема доопераційної діагностики НЕП ШКТ. У більшості випадків GIST не супроводжуються клінічною симптоматикою та при розмірі біля 2 см є випадковою знахідкою під час обстеження хворого. Відсутність специфічних симптомів та ознак НЕП обумовлює їх клінічну маніфестацію лише у випадках великих розмірів та розвитку ускладнень [7]. Можливості ендоскопічної або пункційної біопсії обмежені, складністю локалізації та невеликими розмірами пухлини.

Хірургічне лікування НЕП є провідним при можливості видалення і відсутності ознак дисемінації [8]. Водночас, остаточно не вирішеним залишається питання вибору метода оперативного втручання. Крім класичних традиційних операцій, розглядається можливість використання мініінвазивних технологій (лапароскопічних та ендоскопічних) [9, 10].

Таким чином, труднощі своєчасної діагностики, вибору оптимальної хірургічної тактики та техніки виконання операцій обумовлює потребу в накопиченні та аналізі досвіду виявлення і лікування цих рідких пухлин ШКТ.

Мета дослідження: проаналізувати особливості клінічного перебігу, діагностики і хірургічного лікування неепітеліальних пухлин шлунково-кишкового тракту.

### Матеріали та методи дослідження

У хірургічній клініці Дніпропетровської обласної лікарні ім. І. І. Мечникова за період з 2006 по 2018 рік проведено лікування 31 хворого з неепітеліальними пухлинами ШКТ. Чоловіків було 8 (25,8%), жінок – 23 (74,2%). Вік хворих коливався від 20 до 76 років, середній вік склав  $53,5 \pm 2,9$  років.

У 19 (61,3%) хворих пухлина локалізувалась у шлунку, при цьому в 12 випадках – у тілі, в 7 у антральному відділі. Пухлина дванадцятипалої кишки (ДПК) мала місце в 2 (6,4%) випадках, тонкої кишки та її брижі – в 7 (22,6%), товстої кишки – в 3 (9,7%). При інтраопераційній ревізії

новоутворення до 2 см були в 1 (3,2%) випадку, від 2 до 5 см – в 8 (25,8%), більше 5 до 10 см – в 16 (51,6%), більше 10 см – в 6 (19,4%).

В групі хворих з пухлинами шлунка GIST виявлено в 13 (68,4%) випадках та по 1 випадку неврілемома, лейоміома, нейроендокринна пухлина, дифузна лімфома (MALToма), невринома, фіброма. Усі пухлини ДПК відносилися до GIST. Серед пухлин тонкої кишки в 1 випадку був GIST, в 2 – ліпома брижі тонкої кишки, в 2 – дермоїдна киста брижі, в 1 – неходжкинська лімфома, в 1 – ангиофіброма. В групі пухлин товстої кишки в 2 випадках виявлена лейоміома, в 1 – лейоміосаркома.

При обстеженні хворих використовували загальноклінічні та біохімічні лабораторні методи дослідження, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини та заочеревинного простору, ендоскопічні методи дослідження, контрастне дослідження органів шлунково-кишкового тракту при наявності порушення евакуації по ШКТ. Мультиспіральна комп'ютерна томографія (МСКТ) з внутрішньовенним контрастним підсиленням та магнітно-резонансна томографія дозволяли отримати дані щодо характеру та розповсюдженості пухлин, взаємовідношення із сусідніми органами, наявність метастазування.

Імуногістохімічне дослідження проведено 18 (60%) пацієнтам з використанням панелі антитіл до  $\alpha$ -SMA ( $\alpha$ -гладком'язовий актін), десміну (м'язовий гістогенез), CD 117 (маркер гастроінтестинальної стромальної пухлини (GIST), CD 34 (маркер ендотелія судин), S100 (маркер нейроектодермального походження), віметіну (маркер м'якотканного походження, коекспресія в лімфомах та меланомах), Ki-67 (маркер проліферації), Dog1 (маркер GIST), MSA (м'яз-специфічний антиген), панцитокератинів AE1/A3 (маркери епітелія), калретину (маркер мезотеліоми), синаптофізину (маркер синаптичних контактів), хромограніну (маркер нейроендокринних гранул), CD56 (маркер нейроендокринних клітин). Ступень злоякісності GIST визначали за індексом Ki-67, розміром пухлини та мітотичним індексом (кількість мітозів у 50 репрезентативних полях зору при збільшенні в 400 раз). Низький злоякісний потенціал визначено у 6 хворих з GIST, помірний – у 2, високий – у 3, невизначений злоякісний потенціал – в 1.

Статистичну обробку даних проводили із застосуванням програмних пакетів EXCEL 2000 та Statistica 6.0. Для визначення достовірності застосовували критерій Ст'юдента при довірчому інтервалі  $p < 0,05$ .

### Результати та обговорення

Аналіз отриманих даних показав, що термін від початку виникнення перших скарг до хірургічного лікування склав не більше 1 місяця у 11 (35,5%) хворих, від 1 до 3 місяців – у 9 (29,0%), від 3 до 6 місяців – у 4 (13,0%), від 6 до 12 місяців – у 1 (3,2%), більше 12 місяців – 6 (19,3%). Тобто, тривалий анамнез захворювання був у 35,5% випадків.

Більшість хворих – 22 (71,0%) скаргились на біль у животі різної інтенсивності, при цьому больовий синдром у разі пухлин тонкої кишки спостерігався у всіх випадках. Серед хворих з пухлинами шлунка мала місце нудота у 4 (21,1%), блювота – у 2 (10,5%), відсутність

будь-яких клінічних симптомів – у 2 (10,5%). Загальна слабкість та схуднення як прояви синдрому малих ознак спостерігалися у 21 (67,7%) і 8 (25,8%) випадках відповідно. Слід зазначити, що визначення пухлини при пальпації живота частіше мало місце при її локалізації в тонкій і товстій кишці. Підвищення температури тіла до фебрильних цифр визначалося у 2 (10,5%) пацієнтів з пухлинами шлунка.

У 15 (48,4%) хворих перебіг захворювання супроводжувався проявами розвитку ускладнень. У 4 пацієнтів з пухлинами тонкої та товстої кишки виникли явища часткової кишкової непрохідності. В 8 пацієнтів були ознаки шлунково-кишкової кровотечі. В 1 випадку мав місце стеноз ворота рота та канцероматоз черевної порожнини, в 1 – асцит, в 1 – нагноєння дермоїдної кисти брижі тонкої кишки.

Ендоскопічне дослідження шлунка та ДПК у 12 хворих дозволило отримати дані щодо наявності пухлини. Основними ознаками були деформація стінки, візуалізація у підслизовому шарі пухлини і утворення виразки. При морфологічному дослідженні слизової оболонки клітки пухлини не виявлені.

При комп'ютерній томографії з контрастним підсиленням у дослідній групі специфічних ознак НЕП ШКТ не виявлено, за виключенням ліпом брижі тонкої кишки, при яких виявляли новоутворення, округлої форми з чіткими контурами, що не накопичує контрастну речовину, жирової щільності ( $-90 - 100$  одиниць Хаунсфілда (HU)). При GIST з розміром пухлини до 5 см та низьким злоякісним потенціалом при МСКТ з болюсним внутрішньовенним підсиленням виявлялися однорідні з чіткими контурами утворення з щільність до 50 HU з рівномірним накопиченням контрасту. При GIST з розміром пухлини більше 5 см та помірним і високим злоякісним потенціалом частіше визначалися утворення з нечіткими нерівними контурами неоднорідної структури, що нерівномірно накопичують контрастну речовину, з ділянками некрозу або кистозної дегенерації. Водночас, ознаки GIST з низьким злоякісним потенціалом спостерігалися і при інших доброякісних НЕП. Слід зазначити, що наявність вузлового новоутворення, що виходило зі стінки шлунка і кишківника з екзофітним ростом у порожнину органу або назовні давало можливість запідозрити неепітеліальну пухлину при МСКТ. При лімфомі ШКТ в 2 випадках виявляли дифузне потовщення стінки органа з малоінтенсивним накопиченням контрастної речовини. За даними МСКТ у дослідній групі хворих регіонарні та віддалені метастази не спостерігалися.

Всі хворі були оперовані. Обсяг хірургічного лікування залежав від локалізації, розмірів та розповсюдженості пухлини, наявності ускладнень. У якості хірургічного доступу переважно використовували серединну лапаротомію. В 7 (22,6%) випадках операцію починали з лапароскопії, при цьому у 2 хворих первино була виявлена пухлина з локалізацією на передній стінці тіла шлунка та у 2 проведено видалення пухлини брижі тонкої кишки.

При локалізації пухлини в шлунку у 11 (57,9%) хворих виконана клиноподібна резекція шлунка з пухлиною, в 2 (10,5%) – гастротомія, субсерозне видалення пухлини, в 5 (26,3%) – резекція шлунка, в 1 (5,3%) – гастроентеростомія з ентероентероанастомозом за Брауном. При



пухлинах ДПК виконані органозберігаючі операції з резекцією частини ДПК, в одному випадку з формуванням дуоденоюноанастомоза. У групі хворих з пухлинами тонкої кишки в 4 (57,1%) випадках видалення пухлини супроводжувалося резекцією кишки з формуванням ентоероанастомоза, в 1 (14,3%) випадку – видалення ліпони брижі тонкої кишки. При пухлинах товстої кишки у 2 хворих проведена резекція кишки з формуванням в 1 випадку сигмостоми, в 1 – ілеоасцендоанастомозу та у 1 – видалення пухлини брижі ободової кишки без резекції останньої. Радикальні операції виконані в 93,5% випадках. Таким чином, при локалізованій вузловій пухлині перевагу надавали органощадним операціям з гістологічним дослідженням країв резекції під час втручання. При розповсюдженості пухлини в стінці шлунка використовували поширені резекційні методи з огляду на онкологічні принципи.

В післяопераційному періоді ускладнення спостерігалися у 2 (6,4%) пацієнтів. У 1 хворого після клиноподібної резекції шлунка виникла неспроможність швів шлунка з формуванням зовнішньої шлункової нориці, що потребувало проведення санаційної релапаротомії. У одного пацієнта після резекції шлунка за Більрот–1 виникла непрохідність гастродуоденоанастомоза, що потребувало повторної операції з пластикою анастомоза. Летальних випадків не було.

У віддаленому періоді з приводу рецидиву пухлини брижі ободової кишки звернулася одна хвора, якій було виконано повторне видалення пухлини з гарним безпосереднім результатом.

## Висновки

1. Враховуючи відсутність специфічних клінічних ознак перебігу неспітelialних пухлин шлунково-кишкового тракту, обсяг діагностичного пошуку повинен включати сучасні методи ультразвукової, ендоскопічної та рентгенологічної візуалізації із залученням мініінвазивних хірургічних технологій.

2. Характер та обсяг операції при неспітelialних пухлинах шлунково-кишкового тракту ґрунтуються на інтраопераційній верифікації пухлини та її розповсюдженості, з наданням переваги органощадним хірургічним втручанням.

## Література

1. Шаповальянц СГ, Михалев АИ, Федоров ЕД, Плахов РВ, Михалева ЛМ, Тимофеев МЕ, и др. Непосредственные результаты лечения больных с неэпителиальными опухолями желудочно-кишечного тракта, осложненными кровотечением. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. 2011;5:35–40.
2. Юричев ИН, Бурдюков МС, Нечипай АМ, Чистякова ОВ. Гастроинтестинальные стромальные опухоли: проблемы диагностики и лечения (обзор литературы) Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2012;9:60–66.
3. Perez EA, Livingstone AS, Franceschi D, Rocha-Lima C, Lee DJ, Hodgson N, et al. Current incidence and outcomes of gastrointestinal mesenchymal tumors including gastrointestinal stromal tumors. J Am Coll Surg. 2006 Apr;202(4):623–9.
4. Castiella T, Mucos G, Luesma MJ, Santander S, Soriano M, Junquera C. Primary cilia in gastric Gastrointestinal Stromal Tumours (GISTs): an ultra structural study. J Cell Mol Med. 2013 Jul;17(7):844–853.
5. Колесник ЕА. Лечение стромальных опухолей желудочно-кишечного тракта (GIST). Онкология. 2009;Т11(4):289–292.
6. Серяков АП. Гастроинтестинальные стромальные опухоли. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. 2014;4:49–57.
7. Nilsson BP, Bumming P, Meis-Kindblom JM, Oden A, Dortok A, Gustavsson B, et al. Gastrointestinal stromal tumors: The incidence, prevalence, clinical course, and prognostication in the preimatinib mesylate era. Cancer. 2005 Feb 15;103(4):821–29.
8. Кригер АГ, Старков ЮГ, Кармазановский ГГ, Берелавичус СВ, Горин ДС, Солодкий АВ, и др. Диагностика и тактика хирургического лечения гастроинтестинальной стромальной опухоли. Хирургия. 2014;1:15–20.
9. Tarcoveanu E, Bradea C, Dimofle G., Ferariu D, Vasilescu A. Laparoscopic wedge resection of gastric leiomyoma. J Soc Laparoendosc Surg. 2006 Jul-Sep;10(3):368–374.
10. Берелавичус СВ, Кригер АГ, Калдаров АР, Калинин ДВ. Миниинвазивное хирургическое лечение гастроинтестинальной стромальной опухоли. Хирургия. 2015;3:38–41.